LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Tuberculose miliaire à forme subaiguë. Amélioration considérable et persistante, par le Dr Suss, 193. — **Clinique chirurgicale** : A propos du traitement de certaines formes d'albuminurie par le débridement de la capsule rénale et la ponction du rein, par le Dr A. Guépin, 194. — **Bibliographie** : Les chancres extra-génitaux, par Alf. Fournier, 196. — **Revue de la presse** : Corps étranger du cristallin sans cataracte pendant seize ans, 196. — **Académie de médecine** : *Séance du 23 mars* 1897. Présidence de M. Caventou. — Elections, 197. — Vacance, 198. — Appendicite, 198. — Traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche, 198. — Traitement chirurgical de la myopie, 199. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 19 mars* 1897. Présidence de M. Debove. — Appendicite, 199. — Appendicite fantôme, 200. — **Société médicale du Louvre** (Ier et IIe arrondissements) : *Séances des 19 mai et 16 juin* 1896. Présidence de MM. Chassevant et Ernest Richard. — Réflexions cliniques sur une série d'appendicites traitées à la maison Dubois, 200. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 25 mai* 1896. Présidence de M. Dromain, 201. — **Société de chirurgie** : *Séance du 24 mars* 1897. Présidence de M. Delens, 202. — **Memento Pratique** : Les injections sous-cutanées de liquide de Durante dans la thérapeutique oculaire, par B. Frisco, 202. — Remède sûr contre le mal de dents, 203. — **Variétés** : Médecins et tribunaux, 203. — Comment l'on reconnaît les petits chinois, 204. — **Nouvelles**, 204. — **Bulletin bibliographique**, 208.

CLINIQUE MÉDICALE

—

Tuberculose miliaire à forme subaiguë. — Amélioration considérable et persistante (1).

Par le Dr Suss,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Le 5 janvier 1896 je fus appelé à donner mes soins à M. S..., fourreur à Paris, dont je suis le médecin depuis une dizaine d'années.

Il est Suédois d'origine, mais travaille à Paris depuis vingt-cinq ans et en a, actuellement, 45. Il n'est pas syphilitique, ni alcoolique, et n'a pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille.

Depuis quelques années il est pâle et maigre, mais ne se plaignait que de troubles dyspeptiques, et cela d'une façon intermittente.

Au mois de mai 1895, il fut pris à son travail d'un accès de suffocation et l'un de ses camarades le conduisit à une clinique voisine de leur atelier, où l'on diagnostiqua une pleurésie latente, et le confrère qui dirige cet établissement vint le soir même lui faire la thoracentèse, sans lui demander s'il avait un médecin, et, je dois le dire aussi, sans que le malade lui fît la moindre objection. Les suites de cette pleurésie durent être très simples, car, dix jours après l'opération le malade fut autorisé à se promener.

Il se porta à peu près bien jusque dans les premiers jours de janvier dernier, époque à laquelle il commença à ressentir quelques douleurs abdominales vagues, de la difficulté à monter les étages et de l'inappétence.

Cet état se prolongeant et les douleurs devenant violentes, il s'alita le 4 janvier et me fit appeler le 5.

Je fus frappé immédiatement du facies grippé, et du gonflement considérable du ventre. La pression sur la paroi abdominale est très douloureuse, sans localisation particulière, mais la percussion permet de constater immédiatement une augmentation de volume du foie qui déborde de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes ; le lobe gauche est également hypertrophié, mais les douleurs violentes que provoque cet examen ne permettent pas de le prolonger.

L'auscultation de la poitrine permet de reconnaître la submatité, et de la diminution du murmure vésiculaire à gauche, derniers reliquats de la pleurésie ancienne. Du côté droit il y a une matité très nette à la base, avec souffle doux et égophonie : il y a dans ce point un peu de liquide, mais en très minime quantité.

La T. est à 38° ; le P. à 120°.

La langue est sale, le malade a de l'inappétence et des nausées ; et il y a 48 heures qu'il n'a pas eu de selles.

En présence de l'état local et général, je n'hésitai pas à faire le diagnostic de péritonite tuberculeuse ; et la suite me donna raison.

Je prescrivis le repos au lit, la diète lactée, des compresses chaudes sur le ventre, 1 gramme d'antipyrine matin et soir.

Au bout de quarante-huit heures les douleurs furent calmées, mais les autres signes persistèrent et l'on resta dans le *statu quo* jusque vers le 18 janvier.

(1) Communication faite à la Société médicale du Louvre, séance du 17 novembre 1896.

A ce moment survinrent des douleurs atroces dans les deux régions lombaires, et l'examen des urines, qui fut, au début, négatif, décela la présence de 50 centigrammes d'albumine pour un litre d'urine rouge, rendue dans les vingt-quatre heures.

Sous l'influence de deux doses de 40 grammes d'huile de ricin, le ventre devint plus mou, mais les douleurs rénales ne cessèrent que vers le 2 février, époque à laquelle un nouvel examen des urines permit de constater la disparition totale de l'albumine.

L'état général et l'état local du ventre s'amélioraient graduellement, sauf toutefois une énorme hypertrophie du foie, et vers la fin de février je promis au malade qu'il quitterait bientôt le lit, lorsque le 3 mars il fut pris de frissons avec 39° de T., sans se plaindre d'autres douleurs que de céphalalgies.

Le 4 mars, je pratiquais un examen complet, en quelque sorte vétérinaire, et je constatais quelques nouveaux signes qui étaient de date récente. Il existait manifestement des frottements péricardiques vers la base du cœur, et un souffle assez rude à la pointe et au premier temps. Les accidents fébriles furent aussitôt clairs pour moi ; mais dès le lendemain il n'y avait plus de doute à avoir, le malade ayant des palpitations et des accès de suffocation.

T., 39° le soir ; 38° le matin. P. variant de 120 à 130, agitation considérable.

Je prescrivis pour trois jours 1 gr. 1/2 de feuilles de digitale en infusion. L'état resta le même pendant cinq jours, puis il survint un léger œdème de la face, et un œdème plus important des membres inférieurs.

Rien dans les urines.

Cet état persista environ quinze jours, mais sous l'influence de plusieurs doses de digitale analogues à la première, tous les signes disparurent petit à petit, à part l'hypertrophie du foie, et l'insuffisance urinaire, moins d'un litre par jour.

Le malade resta au lit et à la diète lactée ; quelques doses d'huile de ricin lui furent administrées en raison d'une constipation assez tenace ; mais le ventre était redevenu souple et indolore.

Cet état se maintint tout le mois d'avril et jusqu'au 15 mai. A ce moment la famille me pria d'avoir une consultation avec le Dr Rendu. J'eus avec lui une longue conversation, à la suite de laquelle il voulut bien confirmer mon diagnostic de tuberculose miliaire. En présence de la faiblesse du malade il fut d'avis de lui donner un repas léger à midi, et du lait dans l'intervalle. Il fut aussi d'avis de combattre l'insuffisance urinaire par la théobromine, à la dose de 3 grammes par jour. Ce médicament réussit admirablement et au bout de huit jours j'obtins 3 litres d'urine par vingt-quatre heures.

Vers la fin du mois de mai, le malade put se lever quelques heures par jour, et je constatai que son foie diminuait de volume.

En somme, ce qui lui reste aujourd'hui, c'est de l'hypertrophie hépatique, un peu de liquide dans la plèvre droite, et, en apparence, c'est tout.

Il fait un bon repas à midi, mange peu le soir et boit un litre de lait par jour ; mais le médecin le plus attentif en l'examinant ne pourrait pas se douter de l'affection grave dont il a été et est encore atteint. Je ne prétends nullement qu'il soit guéri, mais j'ai tenu à vous raconter cette observation pour prouver que devant la tuberculose, sous toutes ses formes, il ne faut jamais porter un pronostic absolument fatal.

CLINIQUE CHIRURGICALE

A propos du traitement de certaines formes d'albuminurie par le débridement de la capsule rénale et la ponction du rein (1).

Par A. GUÉPIN

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Le 12 octobre 1896, M. R. Harrison faisait, à la Société de médecine de Londres, une communication très écoutée sur le « traitement de certaines formes d'albuminurie par la ponction rénale ». Plusieurs journaux français (2) en donnèrent bientôt un résumé substantiel et virent dans les résultats heureux obtenus par ce chirurgien un fait non seulement nouveau, mais encore absolument imprévu.

M. Harrisson avait pratiqué la néphrotomie sur un jeune homme convalescent de scarlatine, qui présentait des douleurs lombaires intenses et de l'albuminurie.

L'incision de la capsule et du parenchyme rénal fut suivie d'un écoulement d'urine et de sang ; mais, après l'opération, la diurèse augmenta notablement et l'albuminurie diminua peu à peu pour disparaître enfin tout à fait. Chez un second malade, âgé de 50 ans, atteint d'hématuries et qui paraissait avoir de la lithiase rénale, l'incision ne révéla également rien d'anormal ; mais, il guérit de ses douleurs et ses urines reprirent leurs caractères physiologiques. Dans un troisième fait, la néphrotomie chez une femme atteinte de néphrite aiguë grippale fut encore négative dans les résultats de l'exploration, mais débarrassa la malade de tous les symptômes rénaux qu'elle éprouvait.

M. Harrison rapporta encore plusieurs observations analogues, deux appartenant à M. Newmann (de Glasgow), une à M. Hobert (de Hambourg).

Dans toutes ces opérations — conclut-il — la disparition de l'albuminurie a été la conséquence directe de l'intervention qui n'a été pratiquée que sur un seul rein ; et, ce résultat ne peut évidemment être attribué qu'à la diminution, par l'effet de l'intervention opéra-

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 13 février 1897.

(2) En particulier la *Semaine médicale*, 21 octobre 1896.

re, de la tension du parenchyme rénal, tension qui uit considérablement augmentée dans tous les cas servés et qui joue, sans aucun doute, un rôle de pre-ier ordre dans la pathogénie de l'albuminurie. Ces its offrent la plus grande analogie avec ce que l'on serve dans les cas de glaucome et d'orchite aiguë. mme dans l'albuminurie persistante les deux reins nt généralement atteints, il paraît découler de ces servations que l'opération susceptible de guérir cette buminurie doit être pratiquée sur les deux reins à la is. Or, M. Harrison fait observer que tel n'est pas écessairement le cas. Il cita un homme de 30 ans après duquel il fut appelé dix jours après une chute iolente que le malade fit sur la région lombaire. Comme blessé présentait une hématurie persistante, quoique gère, on conclut à une lésion rénale grave. La quan-té des urines était notablement diminuée et la région énale droite était tuméfiée et douloureuse à la pres-ion. M. Harrison mit à nu le rein droit qui était très ongestionné. Une incision pratiquée sur la substance orticale, au niveau du point où la congestion était articulièrement intense, ne donna issue qu'à du sang t à de la sérosité. Cependant l'intervention eut pour ésultat de doubler la quantité des urines émises en ingt-quatre heures et de dissiper tous les symptômes norbides.

Il est deux groupes de faits : l'un, où la complication énale prend dès son début une allure grave, s'accom-agne d'anurie ou d'ischurie et menace la vie du ma-ade; l'autre, auquel appartiennent les albuminuries qui ne présentent pas de tendance à la guérison spon-anée. C'est dans ces deux catégories que l'on rencon-trera des cas où on aura tout avantage à recourir à l'intervention chirurgicale.

Si le rein, abordé par la voie lombaire, est augmenté de volume et turgescent, on pratiquera sur la capsule fibreuse trois ou quatre ponctions réparties en plusieurs points. Lorsque l'état de tension du parenchyme rénal est très considérable, on est même autorisé à faire une petite incision à travers la substance corticale. L'opé-ration terminée, on introduit dans la plaie une mèche de tarlatane ou un drain, afin d'assurer l'évacuation du sang et de l'urine.

Tel est, dans ses points essentiels, le résumé de la communication de notre confrère étranger, d'après le compte rendu de la *Semaine médicale* déjà signalé plus haut.

Qu'y voyons-nous? Le débridement partiel de la cap-sule du rein suffit, lorsque l'organe est simplement con-gestionné, à faire cesser cet état de congestion et par conséquent à rétablir la quantité des urines diminuée pour plusieurs raisons connues (compression des tubes urinifères dans le rein malade, action réflexe sur le rein du côté opposé), également à rétablir leur compo-sition normale (suppression de l'hématurie et de l'albu-minurie symptomatiques). Les autres signes de la con-gestion (douleurs en particulier) disparaissent de même.

L'incision du parenchyme rénal, même sans ouvrir les calices, a une action encore plus marquée et doit être utilisée au besoin.

Or, nous savions tout cela depuis longtemps.

Prenons par exemple la thèse de Brodeur, sur l'in-tervention chirurgicale dans les affections du rein (Pa-ris, 1886) et à la page 147, nous trouvons rapportée *in extenso* une observation de Reliquet où le débridement de la capsule rénale (1) fut fait au thermocautère chez un cancéreux très avancé. La masse du néoplasme fut également ponctionnée et un jet de sang, bientôt arrêté, s'élança de la piqûre. En raison de la friabilité du rein, la néphrectomie ne put être faite. A partir de l'opéra-tion, les envies d'uriner très fréquentes (fausse cystite) s'espacèrent, les douleurs disparurent, la quantité des urines augmenta considérablement. Il n'est plus fait mention de leur composition, probablement parce que de purulentes, fétides et alcalines, elles redevinrent normales en apparence au moins. Ceci se passait en 1884.

Et encore, à la page 463, chez un jeune officier, l'ou-verture d'un abcès rénal (et non d'une pyonéphrose), est immédiatement suivie d'une étonnante amélio-ration. Les urines sont de plus en plus abondantes ; de 600 grammes, elles atteignent 1.200 grammes en vingt-quatre heures, quatre jours après l'opération. Le pus abondant qu'elles contenaient disparaît complètement. Ce malade présentait en outre un exemple typique de fausse cystite qui s'atténua beaucoup après l'interven-tion.

Ces deux observations sont en tout analogues à celles de M. Harrison. Peut-être en cherchant bien, en trou-verions nous beaucoup d'autres, remontant à une date encore plus éloignée. On pourrait objecter que leur au-teur, Reliquet, n'en déduisit point les conséquences im-portantes. La réponse, je la trouve au besoin dans nos bulletins (2) où, à propos d'un cas d'anurie calculeuse de MM. de Beauvais et Dubuc, il eut l'occasion de s'ex-pliquer longuement. Je la trouve encore dans d'autres discussions de la Société de médecine et de chirurgie pratiques (3) que j'ai tenu à signaler.

En résumé, sans poser ici de question de priorité, ni apprécier la valeur comparée de cette intervention, ni encore juger la communication si intéressante de M. Harrison sur un simple compte rendu, je ne crois pas qu'elle nous ait enseigné quelque chose de nouveau. Elle a le mérite incontestable d'attirer, une fois de plus, l'attention sur un groupe de faits, bien connus et exposés il y a plus de dix ans par mon maître Reliquet, faits qu'il m'apprit à connaître. Et je serais heureux que ces simples réflexions engageassent quelqu'un des nôtres à recueillir des observations nouvelles ou an-ciennes encore ignorées et à tenter de mettre au point un sujet tout d'actualité.

(1) Tuffier. *Traité de chirurgie Duplay-Reclus*, t. VII, p. 612.
(2) Reliquet. *Œuvres complètes*, t. V, p. I.
(3) Reliquet. *Œuvres complètes*, t. V, p. 241.

BIBLIOGRAPHIE

Les chancres extra-génitaux, par M. le professeur Alf. Fournier. Leçons recueillies par Edm. Fournier. (Rueff et Cie, édit., Paris, 1897.)

Il devait être très audacieux de penser qu'on pouvait faire un volume, un gros et compendieux volume sur ce mince sujet. Oncques n'aurait songé à commencer un tel travail, en espérant écrire plus de 25 lignes, mettons 50 pages quand on a de la facilité. Un seul maître pouvait enseigner, intéresser, charmer pendant 558 pages avec ce simple objet « les chancres extra-génitaux ».

O vulgarisateurs attitrés, vous vous seriez dit : j'écrirai que les chancres qui n'ont pas été inoculés, qui n'ont pas évolué sur la région génitale, peuvent exister et qu'ils sont des chancres extra-génitaux ; je prouverai qu'il faut les rechercher, les trouver, que rien ne permet de les reconnaître si on ne les a dépistés, et ce sera tout, et j'aurai rendu un grand service, j'aurai ouvert l'œil et le bon, celui des cliniciens et des chercheurs. Mais... la vulgarisation n'aurait pas fait une œuvre magistrale. C'est cette œuvre que M. Fournier vient d'écrire, comme seul, professeur né et professeur reconnu, il pouvait le faire.

De ces deux simples données, un chancre vulgaire, banal, une localisation extra-génitale de ce chancre, donne une étude complète, assez étendue pour former le gros volume de 558 pages, c'est simplement admirable! Est-ce exemplaire? Il faut songer que l'élève, celui qui lit le livre du Maître, devrait couper beaucoup de feuillets si tous ses maîtres pour une modification de siège écrivait pour chaque lésion un volume tout entier. Aussi ne regardons-nous pas cette étude comme un livre d'études, mais bien comme un modèle de rhétorique. Le grand talent de l'auteur fait qu'on lit et qu'on est heureux de lire. Ceci est écrit dans une langue qui fait croire que

...Pas un mot ne s'en peut retrancher (Molière)

et quand on a fini de tourner les pages, quand le coupe-papier ne trouve plus que la couverture, on voudrait encore rencontrer de nouvelles pages, de nouvelles descriptions.

Le chancre extra-génital est à chaque page, on le sent, on le palpe, on le voit, on le reconnaît, on le regarde à la loupe, il est constamment question de lui on ne l'a jamais assez vu. C'est un voyageur, c'est un vagabond que l'on peut partout rencontrer, et dont l'histoire ne pouvait trouver d'autre limitation que celle du tégument humain connu. S'il avait existé ailleurs que chez l'homme, nous aurions eu une encyclopédie.

Nous devons remercier M. Fournier de l'avoir si complètement étudié C'est un tour de maître, donc un tour de force. Rien ne reste plus à faire sur le chancre extra-génital, et la question est illuminée. C'est tout un lustre de bougies étincelantes dans une petite lanterne. Il y a tant d'auteurs qui présentent une grande lanterne sans y allumer de bougies qu'il faut bien rendre grâce aux compensateurs. F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE

Corps étranger du cristallin sans cataracte pendant seize ans. — Le Dr T. Brittin Archer, chirurgien de l'hôpital ophthalmique central de Londres, raconte dans *The Lancet* du 20 mars dernier cette histoire extraordinaire :

Un homme de 30 ans, marié, bien portant et intelligent, vient le 17 septembre 1896 à l'hôpital se plaignant d'avoir remarqué quatre jours auparavant, en lisant un journal, une sorte de nuage sur son œil gauche; ce nuage avait persisté. L'apparence extérieure de l'œil était normale, il n'y avait aucune trace de traumatisme. A droite l'acuité visuelle était normale; à gauche l'acuité après correction par + 1.75 était de 1/3. Le malade affirmait qu'il avait toujours bien vu de son œil gauche jusqu'à ces quatre derniers jours.

A l'examen ophthalmoscopique, on trouva le cristallin gauche cataracté, avec des stries étoilées bien marquées, masquant en partie le fond de l'œil. A la partie postérieure de la lentille, on voyait indistinctement, à cause des opacités, un petit morceau d'apparence métallique, brillant, avec une petite tache opaque de la capsule postérieure immédiatement en arrière et sur laquelle reposait le corps étranger. Cet objet avait, autant qu'on pouvait en juger au travers de la lentille, environ 3 millimètres de long et un demi millimètre de large; il était placé presque verticalement, légèrement incliné sur le côté temporal et son extrémité inférieure légèrement recourbée en avant. Sur la face antérieure de l'iris, d'un gris bleu dans son segment inférieur et nasal, on voyait une mince ligne d'un noir bleuâtre ayant environ 1 millimètre de long et s'étendant parallèlement au bord pupillaire de l'iris, à égale distance à peu près de ce bord et du bord ciliaire. Il n'y avait aucune opacité de la cornée. Le malade ne se rappelait d'abord aucun accident, mais en insistant il se rappela tout à coup qu'à l'âge de 14 ans, comme il remplissait de poudre à canon un morceau de conduite à gaz, la poudre fit prématurément explosion. Le coup porta sur le côté droit de la face où l'on voit deux taches de poudre, mais il déclare que ni l'un ni l'autre de ses yeux ne fut en rien atteint par l'explosion. Comme il était difficile à cette première visite d'affirmer la nature de l'objet, on fit instiller au malade quelques gouttes de collyre à l'atropine et on lui dit de revenir dans quatre jours.

Le 21 mars la lentille gauche était devenue plus opaque. L'acuité visuelle était de 1/10. Le fond de l'œil était inéclairable et on ne put voir le corps étranger. Le malade fut admis à l'hôpital. Le 24, l'opacité cris-

linienne était entièrement éclaircie, sauf des stries urtes et étroites à la périphérie. Le corps étranger raissait clairement dans la lentille ; le fond de l'œil, cilement éclairable, était normal et l'acuité visuelle ec + 1.75 était de 1/2. Devant ce changement traordinaire l'opération que l'on se proposait de ire fût différée. Le 1er octobre l'acuité visuelle était 1/10, l'opacité cristallinienne s'était reproduite et ait augmenté; le corps étranger semblait s'être placé légèrement en avant de la tache opaque de la psule. Il n'y avait aucune rougeur et le cristallin mblait s'opacifier légèrement.

Le 5, le cristallin fut enlevé après iridectomie. La ntille était très liquide, de couleur laiteuse, on l'enva facilement, une petite goutte de corps vitré se résenta, cela était probablement dû à la déchirure de capsule postérieure par le corps étranger ou à la égénérescence de la lésion primitive. En examinant s débris du cristallin, qui avait entièrement perdu forme, on ne découvrit aucun corps étranger, mais n renversant la paupière supérieure on le trouva ans le cul-de-sac conjonctival, il était resté sur la onjonctive juste au-dessus de la section de la cornée près s'être échappé du cristallin. Le 6, l'œil était ien et resta ainsi jusqu'au 15, jour où le malade uitta l'hôpital ; la guérison avait été rapide. L'acuité isuelle avec + 10 D était de 1/10. Il restait quelques asses molles du cristallin, mais non en quantité uffisante pour obscurcir le fond de l'œil. Le 29, la ision avec + 10 était de 1/2 ; le 23 novembre elle était e 2/3. La pupille était partagée en deux par un mince ilament de capsule.

Le docteur Norman Maclehose, pathologiste de l'hôital, décrit ainsi le corps étranger : « Il n'est pas ossible de douter que le fragment soit du fer ou de acier; il est lourd, s'enfonce rapidement dans l'eau, entement dans la glycérine ; il est fortement attiré par aimant. Il y a un ou deux minces filaments de laine ou de coton qui lui adhèrent, mais on ne trouve aucune incrustation de cellules nouvelles ou de matière organique. Le corps étranger mesure 2 millimètres 1/2 de long et un demi millimètre de large. »

Le Dr T. Brittin Archer fait suivre son observation des remarques suivantes :

Il semble qu'il y ait plusieurs points intéressants dans cette observation. D'abord comment le corps étranger a-t-il pénétré dans le cristallin. Il est probable que le fragment fut lancé dans l'œil lorsque le malade, à l'âge de 14 ans, avait reçu l'explosion d'une conduite de gaz chargée de poudre, et il paraît difficile de nepas accepter cette explication. Cet accident est le seul que le malade se rappelle, Il y a des marques de poudre sur la joue, et sans doute c'est une tache de poudre que l'on observe sur l'iris de l'œil gauche, formant une ligne qui indique la direction du corps étranger lancé de droite à gauche. Qu'il n'y ait aucune opacité cornéenne, cela ne prouve rien, car la plaie originale devait être fort petite, et depuis seize ans elle a bien pu disparaître. On peut admettre que la tache de l'iris n'est pas physiologique, car elle a une direction perpendiculaire à celle qu'elle aurait dans ce cas; cela résulte aussi de sa coloration noire charbon. Il est probable que le corps étranger a passé de droite à gauche, traversé la cornée au niveau du limbe, perforé l'iris et qu'il s'est logé dans la partie postérieure du cristallin ; d'après la position dans laquelle il se trouvait, il était évident qu'il avait dû suivre ce trajet.

En second lieu, il n'y eut sur le moment aucune inflammation. Ce fait peut s'expliquer par les faibles dimensions du corps étranger qui, placé sur une feuille de papier blanc, ressemblait à la moitié d'un cil.

En troisième lieu, pendant seize ans, le cristallin est resté transparent. Il semble bien que l'on doive croire l'affirmation de cet homme qui, charpentier, avait souvent besoin de la vision binoculaire pour mesurer des dimensions antéro-postérieures et qui a dû s'apercevoir rapidement que l'un de ses yeux était en défaut. La manière dont il a fait cette découverte est très admissible et les modifications rapides qui se sont produites dans son cristallin ont été constatées par trois ophthalmologistes exercés. Sans doute il a toujours existé une légère opacité de la capsule postérieure, et l'opacité du corps étranger lui-même, mais cela n'était pas suffisant pour empêcher une bonne vision. La manière dont s'est faite ensuite l'opacification du cristallin est douteuse ; le malade a probablement reçu, en faisant son métier, une contusion à laquelle il n'a porté aucune attention. Enfin il est difficile d'expliquer comment le cristallin opaque s'est éclairci pour s'opacifier ensuite à nouveau. Le fait est cependant au-dessus de toute contestation, puisqu'il a été constaté par trois observateurs, quelle que soit la théorie que l'on puisse proposer.

Le cristallin après son extraction fut placé par inadvertance sur la serviette recouvrant le coussin sur lequel était placée la tête du malade et le cristallin tout à fait liquide se répandit ainsi. Le fait est regrettable, car aucun examen n'a pu être fait.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 *mars* 1897. — *Présidence de* M. Laveran.

La Correspondance comprend des lettres de MM. le Dr Mendel, le Dr Cahier, médecin-major de 1re classe et Dequéant, pharmacien, qui prient l'Académie de recevoir en dépôt des plis cachetés (accepté).

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 1re division.

Pour la première place, au premier tour de scrutin, sur 72 votants, majorité 37; M. Debierre obtient 28 voix, M. Renou 20, M. Lemaistre 18, M. Marvaud 2, M. Vidal 2, M. Bertin 1 ; il y a un bulletin blanc.

Au second tour de scrutin, sur 69 votants, majorité 35; M. Debierre, professeur à la Faculté de médecine de Lille,

est élu par 36 voix contre 18 données à M. Renou et 15 à M. Lemaistre.

Pour la seconde place, au premier tour de scrutin, sur 65 votants, majorité 33 ; M. Renou obtient 30 voix, M. Lemaistre 26, M. Vidal 6, M. Marvaud, 3.

Au second tour de scrutin, sur 60 votants, majorité 31 ; M. Renou (de Saumur) est élu par 33 voix contre 25 données à M. Lemaistre et 2 à M. Marvaud.

Vacance. — M. le président déclare une place vacante dans la section de pathologie médicale en remplacement de M. Straus, décédé.

Appendicite. — M. J.-L. Championnière. M. Dieulafoy, dans sa très remarquable communication, a pris à partie, en terminant, les chirurgiens. M. Dieulafoy nous dit : l'appendicite est une maladie primitive ; c'est là une question capitale. Si l'on pense qu'à côté de phénomènes d'appendicite primitive, il y a des phénomènes d'engorgement de l'intestin qui arriveront à constituer une inflammation durable, il y a des cas qui peuvent être dénoués autrement que par l'intervention chirurgicale. Je crois que les études récentes, comme celles de M. Dieulafoy, nous ont appris que l'intervention fait courir des risques, mais qu'il y a des cas où il faut opérer. On dit qu'il n'y a plus de typhlite, plus de périty phlite, qu'il n'y a plus que de l'appendicite. On en est venu à une théorie tout à fait extraordinaire. Le gros intestin n'a plus le droit de s'enflammer sans qu'on accuse l'appendice. Pour quelle raison ne guérirait-on pas d'inflammation de l'intestin dans un point lointain sans qu'il y ait de lésion de l'appendice.

A côté de cela on a constaté des faits d'encombrement avec salpyngite, tuberculose, sans rien du côté de l'appendice qu'on laisse en place, cela guérit très bien. Il semble donc que dans ces cas là l'appendice n'avait rien à faire.

Il est probable qu'il y a des appendicites infectieuses qui se sont propagées du voisinage avec une grande rapidité ; mais il y a certainement des appendicites qui sont le fait de l'encombrement. Il y a des cas dans lesquels l'ablation d'un appendice n'entraîne pas la guérison immédiate du sujet.

Cet encombrement qui se manifeste sur le cœcum et le colon ascendant peut se manifester également sur d'autres points. L'appendicite est beaucoup plus une complication du manque de mouvements que de l'excès de mouvements ; elle débute souvent après une période de repos au lit pour une cause quelconque. Jusqu'à maintenant on trouve très peu de ces cas dans les campagnes, on en observe beaucoup dans les villes. L'appendicite de même est beaucoup plus commune en Angleterre, en Allemagne et dans l'Amérique du Nord que chez nous ; de même on a signalé de ces cas d'appendicite familiale, qu'on n'a pas expliqués d'une façon satisfaisante.

Un bon nombre de chirurgiens sont arrivés à cette conclusion que lorsqu'on a affaire à un intestin inflammé, la meilleure de toutes les pratiques consiste à vider l'intestin le plus rapidement possible ; c'est précisément le contraire que font les médecins qui donnent de l'opium à leurs malades. Il faut donc purger les malades et il ne faut pas les condamner au repos. L'appendicite causée par la bicyclette est une mauvaise plaisanterie, on n'en a jamais rapporté une seule observation.

Il ne faudrait pas aller jusqu'à supprimer cette opération excellente de la résection de l'appendicite ; mais ce n'est pas une opération aussi inoffensive qu'on l'a dit ; la mortalité est petite, mais il faut néanmoins en tenir compte.

M. Dieulafoy. Je vais laisser de côté toute la partie chirurgicale de la question. J'ai hasardé il y a quinze jours ce fait : il y a un grand nombre de gens ayant des entéro-colites lithiasiques depuis un temps très long et qui n'ont cependant pas d'appendicite. Cela prouverait que l'appendicite n'est pas l'aboutissant forcé de l'entéro-colite ; mais je n'ai pas été jusqu'à dire que l'appendicite ne pouvait pas être la conséquence de l'entéro-colite, d'autant plus que ces deux maladies sont la conséquence de la goutte ; des malades peuvent donc très bien avoir à la fois de l'entéro-colite et de l'appendicite. Cela a un intérêt considérable, non seulement au point de vue doctrinal, mais aussi au point de vue pratique. Il faut donc savoir si réellement il y a fréquemment de l'appendicite chez les gens atteints d'entéro-colite.

M. Comby a publié il y a quelques jours un article sur l'entéro-colite muco-membraneuse. Il n'y est en rien question d'appendicite ; le mot n'y est même pas prononcé. Il y a 3 ans, au Congrès de Caen, M. Charrin a fait une communication sur la colite muco-membraneux, là encore il n'est en rien question de l'appendicite. De même dans une leçon de M. le professeur Potain : sur 2.000 malades, il en a trouvé 103, soit 1 sur 20, atteints d'entéro-colite muco-membraneuse ; or sur ce nombre considérable de cas ayant amené des complications diverses, il ne signale même pas l'appendicite. M. Bottentuit a observé à Plombières 460 malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse ; ces malades ont été en général revus plusieurs années de suite, aucun d'eux n'a jamais présenté d'accidents appendiculaires. Ainsi depuis vingt-sept ou vingt-huit ans on n'a jamais observé à Plombières d'accidents appendiculaires dans l'entérite muco-membraneuse.

Il y a quinze jours, j'ai rapporté ici une série d'observations de lithiase intestinale. Aucun de ces malades n'a eu d'appendicite. Cela fait un total assez respectable de sept à huit cents observations dans lesquelles on n'a pas trouvé un seul cas d'appendicite. L'appendicite n'est donc pas la conséquence de l'entéro-colite, c'est autre chose.

Il y a quelques années encore la typhlite régnait en souveraine ; actuellement il n'en est plus question. L'appendicite au contraire devient de plus en plus fréquente. Que l'on ait démoli l'ancienne typhlite dite stercorale, on a eu raison de le faire et d'y substituer l'appendicite ; mais il ne faut pas laisser de côté les inflammations localisées du cœcum. Il y a de la typhlite comme il y a de la colite, de l'entéro-colite. Presque tous ces malades ont certaines manifestations qui se font plutôt dans certaines parties de l'intestin que dans telle autre.

Jusqu'ici j'avais dit que le *primum movens* de l'appendicite était une cavité close dans l'appendice. M. Reclus pense que les accidents appendiculaires peuvent se montrer sans qu'il y ait de cavité close. Comment concilier cette théorie avec les cas dans lesquelles l'appendice remonte derrière le cœcum. Dans mon opinion comme dans celle de M. Reclus, c'est une exagération de la virulence qui est le point de départ de l'appendicite.

Traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche. — M. le prof. Albert Hoffa, de Wurzburg, lit une note dont voici les conclusions :

De mes observations cliniques découlent les conclusions

ivantes au point de vue des résultats obtenus par le itement chirurgical de la luxation congénitale de la nche.

Dans la luxation unilatérale nous supprimons le raccourssement du membre qui est attribuable à la situation ormale de la tête fémorale au-dessus du cotyle, et il ne bsiste que la diminution de longueur due à la direction ormale du col du fémur. Nous donnons à la tête fémorle un solide point d'appui sur le bassin et nous rétablisns les conditions de fonctionnement des muscles fessiers ont les fibres ont repris leur direction normale ; en fortiant ces muscles par le massage et une gymnastique raonnelle nous obtenons des résultats définitifs très satisisants. La légère diminution de longueur du membre est ompensée par une inclinaison du bassin à peine sensible : les enfants finissent par marcher si bien que l'observaeur non prévenu a souvent peine à décider quel est le iembre opéré.

Dans la luxation *double*, l'opération supprime la lordose xagérée, elle réduit au minimum la démarche vacillante, lle rétablit la position normale des jambes: enfin, elle ermet une abduction beaucoup plus grande.

Quant à la durée du traitement nous pouvons dire qu'en énéral au bout d'une semaine le tamponnement de la laie peut être supprimé : on pourra enlever l'appareil plâtré au bout de six semaines ; pendant deux mois encore n fera du massage et de la gymnastique de l'articulation, uis l'enfant peut être abandonné à lui-même. Pour la uxation unilatérale, il faudra des soins pendant quatre nois environ, pour la luxation double, pendant six mois. Après qu'on a enlevé l'appareil plâtré, il n'est pas besoin d'employer aucun appareil orthopédique.

Je puis me déclarer satisfait des résultats que j'obtiens actuellement, car dans ma dernière série de 44 cas opérés avec ma nouvelle technique je n'ai pas observé une seule récidive, dans deux cas seulement les mouvements étaient un peu limités ; dans aucun cas je n'ai eu de position vicieuse par contracture ni d'arthrite coxo-fémorale.

L'âge le plus favorable pour l'opération s'étend, à mon avis, de la troisième à la huitième année. La réduction de la tête présente des difficultés beaucoup plus grandes chez des sujets plus âgés. Nous recommanderons, chez ces malades, l'oséotomie sous-trochantérienne de Kirmisson, dans les cas de luxation unilatérale ; pour la luxation double je me sers d'un procédé que j'ai décrit sous le nom d'opération de la pseudarthrose. Il consiste à scier la tête fémorale déformée, puis à fixer au bassin l'extrémité supérieure du fémur.

Pour vous permettre de juger par vous-même des résultats de ma méthode, je vous présente, Messieurs, une de mes opérées, la seule française que j'ai traitée et je vous prie de bien vouloir l'examiner.

Il s'agit d'une petite fille qui n'est entrée à ma clinique que le 1er octobre 1895 avec une luxation congénitale de la hanche gauche. Le trochanter dépassait de 5 centimètres la ligne de Nélaton Roser. Pendant l'opération qui eut lieu le 5 octobre, je trouve la tête aplatie, le col du fémur est mal formé, l'angle qu'il forme avec le fémur est à peu près un angle droit. La cavité cotyloïde est plane. Réunion par première intention. Le 30 octobre nous commençons à faire du massage et de la gymnastique, le 20 janvier l'enfant quitte la clinique.

Actuellement le résultat est une guérison idéale ; l'articulation est absolument solide, avec une mobilité complète dans tous les sens. Le raccourcissement est d'environ 1 centimètre 1/2. La démarche est excellente sans trace de boiterie.

Pour terminer je vous présente une série de radiographies de Roentgen qui sont intéressantes parce qu'elles permettent, les unes, de voir la luxation de la tête fémorale avant l'opération, les autres le rétablissement des rapports normaux après l'opération.

Traitement chirurgical de la myopie. — M. Vacher (d'Orléans) appelle l'attention sur les avantages de l'extraction du cristallin transparent dans la myopie forte. Il a fait 46 opérations de ce genre. Il montre un malade atteint d'une myopie de 30 dioptries et opéré il y a moins de deux mois. M. Vacher fait d'emblée l'extraction du cristallin sans discision antérieure et sans iridictomie. Il n'a jamais eu aucun accident.

A 5 h. 20 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 mars 1897. — Présidence de M. Debove.

Appendicite. — M. Merklen communique trois observations d'appendicites précédées ou accompagnées de phénomènes généraux et des manifestations catarrhales de la grippe. Ces trois observations sont comparables en raison du développement de l'affection chez des enfants présentant des antécédents familiaux d'appendicite et à cause de leurs relations évidentes avec la grippe saisonnière.

L'appendicite grippale n'ayant pas de caractère spécial, les indications thérapeutiques sont celles de l'appendicite en général, et c'est une question fort intéressante de savoir dans quels cas on doit conseiller la résection de l'appendice à froid, pour éviter les rechutes avec leurs conséquences peut-être redoutables. Des chirurgiens et des médecins, également autorisés, ont émis à ce sujet des opinions contradictoires, les uns partisans de l'ablation de la première atteinte — quelque légère qu'elle soit — les autres considérant que l'opération ne doit être conseillée qu'à la suite de certaines appendicites graves, prolongées ou à rechutes.

Il n'est malheureusement pas possible, à l'heure actuelle, de se baser sur la forme d'une appendicite pour en faire le pronostic. Tel malade a eu quatre à cinq poussées d'appendicite assez sérieuses et son appendice extirpé ne présente que des lésions folliculaires légères et superficielles. Chez tel autre une appendicite perforante, avec péritonite suraiguë, se produira d'emblée ou succédera à une seule atteinte d'appendicite simple.

La clinique ne fournit pas de bases plus solides au pronostic. Il semble bien que la perforation de l'appendice survienne plus souvent lors d'une première atteinte que dans les récidives, mais une appendicite antérieure n'en constitue pas moins une menace pour l'avenir. Dans quelle mesure ? C'est là, malheureusement, une question non élucidée. C'est précisément cette incertitude sur l'avenir qui a conduit un grand nombre de chirurgiens à conseiller, dans les cas où le diagnostic est bien avéré, l'ablation préventive de l'appendice. Quelque bénigne que soit cette opération, elle n'en est pas moins importante, et le moment est venu de se demander s'il faut l'accepter sans plus d'ob-

jection que la cure radicale des hernies. Peut-être une enquête sérieuse sur les accidents prodromiques des appendicites graves, sur le caractère, la forme, la durée des premières atteintes, permettrait-elle de préciser les indications de cette intervention et de l'éviter dans les cas où elle n'est plus nécessaire?

M. Rendu. Je suis pour le fond avec M. Merklen, mais je ferai une remarque. Quand, dans le cours d'une épidémie grippale, on voit apparaître chez un malade des accidents intestinaux on a une tendance à dire grippe intestinale, c'est que l'appendicite peut être rapportée à la grippe; je crois plutôt que dans ces cas il s'agit d'une appendicite ayant débuté par des phénomènes généraux avec antérocolite infectieuse.

M. Florand. Ces indications opératoires sont toujours difficiles, car nous ne savons pas distinguer ce qui revient à l'appendicite. De plus, dans certains cas, on peut voir l'appendicite guérir complètement sans opération.

M. Moizard. Dans une première poussée, je conseille l'expectation, mais, si une récidive survient, je conseille l'opération.

M. Siredey. Il est excessivement difficile de préciser les indications thérapeutiques, car nous ne pouvons pas conclure de la symptomatologie à l'état de l'appendice.

Je pourrais rapporter deux observations personnelles dans lesquelles une perforation de l'appendice se produisit, alors que les phénomènes cliniques ne présentaient aucune gravité.

M. Merklen. On peut résumer cette discussion en disant que tous nous sommes d'accord pour la nécessité de l'intervention après une rechute d'appendicite, mais il reste encore à déterminer ce qu'il faut faire après une première poussée d'appendicite.

Appendicite fantôme. — M. Rendu. Il faut faire attention en examinant un malade atteint d'appendicite à l'inégale susceptibilité que présentent les individus, les uns réagissant peu, d'autres, au contraire, présentant des symptômes réflexes d'une grande intensité : les deux observations qui suivent prouvent, en effet, que de très légères lésions appendiculaires peuvent chez des hystériques s'accompagner de phénomènes extrêmement alarmants.

Une jeune Bretonne de 18 ans, avant d'entrer dans mon service, avait déjà été soignée dans le service de M. Brissaud où elle avait présenté les mêmes symptômes que ceux que je pus constater. M. Brissaud a bien voulu me donner au sujet de cette malade les renseignements suivants. A son entrée dans le service elle présentait une douleur limitée à la région cæcale, datant de trois ou quatre jours, et répondant à une tumeur de la grosseur du poing, oblongue, dirigée en bas et en dedans, plus volumineuse en haut qu'en bas, submate, pâteuse, très sensible à la pression. En même temps, constipation, vomissements ou régurgitations alimentaires opiniâtres remontant à trois ou quatre mois. M. Brissaud pensa tout d'abord à une appendicite, mais, frappé de ce fait que des vomissements incoercibles depuis quatre mois n'avaient pas modifié sensiblement l'état général de la malade, il pensa que le syndrome iliaque était un épiphénomène passager de névropathie.

M. Monod consulté différa l'opération, et au bout de quelques jours la prétendue appendicite disparut pour être remplacée par une hémianesthésie gauche survenue à la suite d'une crise de nerfs qui éclata la nuit. Les vomissements pourtant persistèrent, avec une anorexie secondaire, et l'état général s'aggrava. On dut recourir à l'alimentation par la sonde, puis par voie rectale. Entre temps, l'appendicite réapparut, puis disparut de nouveau, chaque fois avec les mêmes symptômes, mais avec cette particularité qu'à chaque nouvelle attaque la tuméfaction cæcale paraissait moins volumineuse, tandis que les douleurs spontanées et provoquées de la région iliaque étaient, au contraire, plus vives.

Les crises de pseudo-appendicite se reproduisirent ainsi 5 ou 6 fois; on avait fini par ne plus s'en inquiéter. Pendant une des recrudescences, il y eut de l'anurie avec douleurs vives dans le ventre. Ces douleurs, ajoute M. Brissaud, auraient pu faire penser à de la péritonite si on n'eût pas été fixé sur leur nature réelle. Elles n'étaient que le syndrome hystérique désigné par les Anglais sous le nom de *spurious peritonitis* qui accompagne fréquemment les météorismes localisés ou généralisés de la grande névrose.

La malade quitta mon service, ajoute M. Brissaud, absolument guérie, et guérie par mon traitement psychothérapique dont s'étaient chargées spontanément les autres malades. Nous étions donc en présence d'un cas d'*appendicite fantôme*.

La malade quitta le service de M. Brissaud, et trois mois après entra dans mon service pour une nouvelle attaque de pseudo-appendicite. J'ignorais complètement son passage dans le service de M. Brissaud, et en présence des phénomènes alarmants je fis pratiquer l'opération. Nous trouvâmes un appendice congestionné, sans ulcération; nous étions en présence d'une appendicite folliculaire simple. L'hystérie avait donc exagéré les symptômes auxquels cette lésion appendiculaire peu intense aurait donné lieu chez une autre malade; c'est la névrose qui a fait le péritonisme. Après cette ablation la malade fut complètement guérie.

Dans un second cas les accidents hystériques simulèrent une perforation stomacale (sidération, suppression des urines, douleur abdominale atroce, vomissements, hoquet, hématémèses considérables). On opéra croyant rencontrer une perforation de l'estomac, mais celui-ci fut trouvé sain, on chercha l'appendice qui fut trouvé volumineux et réséqué. On était en présence, comme dans le cas précédent, d'une appendicite extrêmement légère caractérisée seulement par de la congestion appendiculaire, mais la névrose avait exagéré considérablement les symptômes qu'on constate habituellement dans ces cas. Depuis l'opération la malade est complètement guérie.

SOCIETÉ MÉDICALE DU LOUVRE

(Ier et IIe arrondissements)

Séances des 19 *maï et* 16 *juin* 1896.

Présid. de MM. Chassevant, *vice-pr. et* Ernest Richard, *prés.*

Ces deux séances ont été remplies par une communication de M. le Dr Picqué ayant pour titre : **Réflexions cliniques sur une série d'appendicites traitées à la maison Dubois.**

L'étude clinique des appendicites ne manque pas de présenter de grandes difficultés : d'autre part, les indications opératoires sont parfois très délicates à établir,

M. Picqué a pensé qu'il était utile de présenter à ses collègues quelques-uns des nombreux cas qu'il a eu l'occasion l'opérer dans son service de la maison Dubois. Il rappelle que le cas le plus simple est celui du malade qui se présente au chirurgien après plusieurs attaques d'appendicite. Il persiste une douleur localisée dans la fosse iliaque droite avec ou sans tuméfaction. L'opération faite à froid conduit sur un appendice plus ou moins adhérent. L'extirpation amène la guérison radicale. M. Picqué a opéré plusieurs cas de ce genre qu'il résume et pour lesquels il n'a pas eu de mort.

Parfois à l'ouverture du ventre on trouve des lésions de tuberculose que rien ne pouvait déceler. Tel est le cas d'un Américain chez lequel plusieurs chirurgiens des hôpitaux avaient diagnostiqué une appendicite et proposé formellement l'opération. M. Picqué accepte le diagnostic, opère et constate une tuberculose du cœcum et *une absence absolue d'appendice*. Le malade guérit très bien de l'opération, mais plusieurs mois après il revint dans le service, cachectique, présentant des lésions avancées de tuberculose pulmonaire et un anus contre-nature qui s'est fait spontanément.

Dans un autre cas, l'appendicite avait été également diagnostiquée par un chirurgien éminent. On découvrit à l'intervention une tuberculose cæcale et quelques mois après le malade revint avec un abcès tuberculeux symptomatique de la fasse iliaque.

Parfois, en cas d'appendicite franche, et quand la crise aiguë a disparu, l'opération conduit sur un foyer purulent; dans ces conditions, M. Picqué imitant la conduite de plusieurs de ses collègues, se borne à évacuer la collection et renonce de parti pris à trouver l'appendice. Il indique les avantages de cette pratique.

Il faut bien savoir que, dans la suite, de nouveaux abcès peuvent se reproduire; c'est ce qui est arrivé à M. Picqué dans un cas dont il donne la relation; il dut ultérieurement intervenir à nouveau; le résultat fut excellent.

Les abcès appendiculaires peuvent se produire sans jamais être précédés de crises spéciales; dans ces conditions on ne peut que soupçonner leur origine, quand ils sont le siège ordinaire des abcès de l'appendice. Dans un cas cité par M. Picqué, le diagnostic s'établit par la production ultérieure d'un anus contre nature. Encore, dans un grand nombre de cas, faut-il songer à la tuberculose cæcale et rechercher les causes qui peuvent faire éliminer cette origine.

Quand l'abcès siège en dehors de la zone cæcale ou appendiculaire, le diagnostic reste douteux : M. Picqué cite deux cas de ce genre qu'il a eu l'occasion d'observer dans un service. Il termine en insistant sur les signes propres à l'appendicite perforante, sur la difficulté qui existe dans certains cas à distinguer cette lésion des autres affections avec lesquelles elle peut être confondue.

A ce propos il cite le cas d'une petite fille qui fut amenée dans son service avec tous les signes d'une appendicite perforante (ballonnement du ventre, facies péritonitique, *début brusque* par une forte douleur dans la fosse iliaque droite). Il n'existait aucun symptôme abdominal antérieur; à l'ouverture du ventre, M. Picqué constate l'existence d'une tuberculose péritonéale confluente; le lavage du péritoine amena la guérison définitive.

Le Secrétaire : Dr Sebillotte.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 25 mai 1896. — Présidence de M. Dromain

M. Dromain excuse l'absence de M. Desprès qui aime beaucoup notre société, qui en apprécie très vivement l'esprit de cordialité. Quoique très souffrant encore, il tenait absolument à occuper son fauteuil pour cette séance, dont on a dû lui cacher la date pour l'empêcher d'affronter cette fatigue. L'état du président est cependant amélioré et nous espérons le revoir bientôt parmi nous.

M. Verchère fait sur la candidature de M. Willomenet son rapport, qu'il regrette de n'avoir pu faire plus tôt. M. Willomenet a déposé un très intéressant mémoire sur la photographie des milieux de l'œil par les rayons de Röntgen. On a vu nettement sur les épreuves les grains de plomb insérés dans des yeux de lapin. Il se réjouit de l'admission d'un confrère qui sera une excellente recrue pour la société.

M. Willomenet est élu à l'unanimité.

M. Genesteix déplore que l'absence répétée de M. Tison retarde encore son rapport et la présentation de M. Anselet. Il lui paraît juste (et il y a des précédents) de considérer le parainage de MM. Petit et Dauchez comme suffisante garantie et de passer outre. La question est mise aux voix et adoptée.

M. Anselet est élu à l'unanimité.

M. Genesteix, au nom du conseil général des sociétés d'arrondissement, demande la réponse de la société du VIe arrondissement à la question suivante : « Quel moyen d'empêcher les réclames éhontées du corps médical et de mettre un frein à l'exercice illégal de la médecine. »

M. Dromain ne voit pas quelle arme les sociétés peuvent avoir contre la réclame, on ne pourra que ressasser et répéter platoniquement des principes de déontologie, ce qui n'aura pas grand effet.

M. Bérillon observe que l'exemple vient de haut, maîtres de la faculté, médecins des hôpitaux ne s'en privent point, tant par des profusions d'affiches de cours que par des articles dans les journaux politiques, on reproche peut-être trop aux petits ce qu'on pardonne aveuglément aux grands.

M. Dromain répond qu'un professeur est obligé d'afficher ses cours, mais ce qui choque les médecins sérieux, c'est de voir les noms de certains médecins des hôpitaux, peinturlurés en énormes lettres sur la porte des hôpitaux, avec leur spécialité comme une véritable enseigne, on peut afficher les consultations sans mettre ainsi les noms exposés de cette manière. En tous cas, nos discussions risquent de rester stériles, et quand même nous ferions une loi, elle n'aboutirait à rien.

M. Le Coin montre que pour les questions de déontologie nous devons formuler des réponses. Nous marchons dans cet ordre d'idées parallèlement avec le Syndicat, mais dans un esprit beaucoup moins terre à terre et infiniment plus élevé. Nos préoccupations ne sont pas comme les siennes purement matérielles, mais basées sur la véritable dignité médicale.

M. Genesteix assure que c'est particulièrement à la réclame dans les milieux officiels que le Conseil général s'est attaqué d'abord, et propose, en réponse à la question posée, l'ordre du jour suivant qui est adopté à l'unanimité :

« La Société médicale du VI[e] arrondissement ne connaissant aucun moyen réel et pratique d'empêcher la réclame médicale, pense qu'il faut s'en rapporter aux lois ordinaires de la déontologie médicale et passe à l'ordre du jour. »

M. Verchère répond à une question de M. Bonnefin au sujet de la priorité de Roux ou de Behring pour le sérum antidiphtérique. Le 14 mars, bien avant la publication de Behring, M. Verchère a vu Roux et Martin injecter leur sérum à une fillette. Ils ont dit alors que leurs recherches avaient abouti, qu'ils attendaient seulement une plus ample certitude pour publier, que Behring cherchait de son côté, qu'il avait obtenu par des procédés différents un sérum qu'ils jugeaient inférieur au leur. Sur ces entrefaites, Behring publia son affaire et le Congrès de Buda-Pest ne fut que l'occasion qui détermina Roux à divulguer ses résultats depuis longtemps acquis ; très méticuleux et modeste, Roux revendique toujours en faveur de Behring, mais il n'en a pas moins réellement la priorité, avant l'auteur allemand il inoculait déjà des chevaux.

M. Bonnefin reconnait la valeur des sérums mais il constate qu'il y a infiniment moins de cas de dyphtérie et d'autres maladies infectieuses et contagieuses depuis quelques années, et qu'on ne peut donc leur attribuer entièrement l'abaissement de la mortalité par ces maladies.

M. Génesteix, chez une malade enceinte de huit mois, a observé des douleurs et les prodromes d'un état infectieux, les douleurs ont cessé et le travail n'a pas commencé, mais un érysipèle de la face s'est déclaré. L'état s'est amélioré, la défervescence a eu lieu, mais les douleurs ont reparu. Et la femme accouche après ces huit jours d'érysipèle, elle est menacée d'accidents infectieux graves. Que faut-il faire? Que faut-il penser du sérum antistreptococcique?

M. Verchère conseille de s'en abstenir, *primum non nocere*.

M. Bonnefin conseille de tout faire pour arrêter les douleurs. Il craindrait avec le sérum de Marmoreck d'accumuler deux causes d'infection.

M. Boé lit la communication suivante

J'ai fait à la Société Médicale du VI[e] arrondissement, il y a un an déjà, une communication ayant pour titre : *Du moyen de mettre la Clinique, dite nationale des Quinze-Vingts dans l'impossibilité de nuire à l'intérêt général.* Pour faire plaisir à M. Dromain je consentis à ce que cette communication parut dans la *France Médicale* sous le titre suivant : *Des dangers de la Clinique des Quinze-Vingts au point de vue de l'ophtalmologie française et des moyens d'y remédier*, mais en faisant cette concession bien à tort évidemment, — car une concession peut toujours être prise pour un acte inspiré par un remords de conscience, — j'avais eu soin de dire (ce fait se trouve relaté dans le procès verbal de la séance) que je me réservais le droit de la faire paraître sous le premier titre dans une autre publication. C'est ce qui est arrivé : elle a paru avec le premier titre dans le *Bulletin d'Occulistique* de Toulouse. J'ai fait connaître mes idées, elles se sont répandues ; d'autres publications les ont reproduites. Que m'importait dès lors que ma communication parut ou ne parut pas dans la *France Médicale* : elle y paraîtrait en tous les cas avec un faux nez ; j'en désavouais à l'avance la paternité.

Au commencement du mois d'octobre dernier je rencontrai M. Genesteix, secrétaire générale de la Société, qui me dit combien la Société avait de la peine à faire paraître cette communication dans la *France Médicale* : le Rédacteur en chef de ce journal, notre collègue M. Chevallereau ne voulait à aucun prix l'insérer. M. Genesteix m'engagea à venir faire valoir des réclamations à la séance du 28 octobre. Messieurs, je n'avais aucune réclamation à faire et je n'y vins pas. C'était une question à débattre uniquement entre la Société représentée par son secrétaire-général et le rédacteur en chef du journal qui doit reproduire les procès verbaux des séances de la Société.

Quelle n'a donc pas été ma surprise lorsqu'en ouvrant le numéro du 17 avril de la *France Médicale*, à la page 252 j'ai lu ces mots : Société Médicale du VI[e] arrondissement; M. Genesteix a reçu les réclamations de M. Boé. La vérité est que je n'avais adressé à M. Genesteix aucune réclamation ; j'étais satisfait ; c'est la Société Médicale du VI[e] arrondissement qui ne l'était pas. La question a résoudre était celle-ci : M. le Rédacteur en chef de la *France Médicale* a-t-il le droit de retrancher ce qui lui plait des procès-verbaux de la Société : c'était à M. le secrétaire-général à la poser et je ne devais pas la poser pour lui.

M, Verchère qui présidait la séance fit voter par les membres présents que le rédacteur en chef de la *France Médicale* avait ce droit ; je n'ai plus rien à dire.

La séance est levée.

L'un des secrétaires annuels : F. Boissier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mars 1897. — Présidence de M. Delens.

La nouvelle de la mort de M. de Saint-Germain, ancien président de la Société de Chirurgie, étant reconnue comme officielle, la séance est levée en signe de deuil.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Les injections sous-cutanées de liquide de Durante dans la thérapeutique oculaire, par B. Frisco. (*Giornale internazionale delle Scienze mediche*, fasc. 16, p. 601, 1896.) — Depuis la communication faite par Durante à l'Académie de médecine de Rome (22 avril 1894), l'iode a pris rang parmi les agents de la thérapeutique oculaire, et quelques médecins l'ont employé avec succès dans les affections de l'œil de nature scrofuleuse. De Bono et Alaimo ont obtenu des guérisons complètes dans certains cas de dacryocystite chronique accompagnée d'ectasie plus ou moins considérable du sac ou de nécrose des os sous-jacents.

D. Nota a constaté que les injections hypodermiques d'iode métallique sont très efficaces dans les kératites superficielles à marche lente, si fréquentes chez les enfants scrofuleux. Récemment Lodate, ayant employé le liquide de Durante dans certains cas de kératite parenchymateuse de nature manifestement strumeuse, a obtenu la guérison complète des malades. Prenant ces faits en considération, Frisco a étendu l'emploi des injections hypodermiques d'iode métallique au traitement des kératites phlycténulaires à récidives fréquentes, et tendance à la formation

l'ulcères de la cornée, qui surviennent chez les sujets scrofuleux, et aussi dans les cas où l'ulcère de la cornée est déjà formé.

Il a commencé par employer une solution d'iode iodurée dans l'eau distillée (suivant la formule de Durante) dont il injectait d'abord 1 centimètre cube tous les deux jours, puis 2; huit observations, annexées à ce travail, confirment l'efficacité du traitement. G. Lyon.

Remède sûr contre le mal de dents. — S. Voitoff recommande comme un remède sûr contre l'odontalgie, avec lequel on n'échoue presque jamais, le mélange suivant:

Chlorhydrate de cocaïne..... 0 gr. 1
Camphre,..... } ää 5 grammes.
Chloral hydraté..... }

Ajoutez à ce mélange:

Eau distillée..... quelques gouttes.

Et triturez jusqu'à obtenir une solution limpide.

Un petit tampon d'ouate imbibé de cette solution sera mis dans la cavité de la dent malade où il sera laissé pendant un jour entier. Ordinairement, les douleurs cessent rapidement; mais si, par hasard, il persistait quelques légères douleurs, on remettra un nouveau tampon d'ouate imbibé de la solution: les douleurs disparaissent alors complètement et pour toujours.

Ce mélange agit comme désinfectant et analgésique. (*Ther. Mntsh., Nouveaux Remèdes.*)

VARIÉTÉS

Médecins et tribunaux.

Nous n'aurons probablement pas souvent à faire figurer ici cette triste rubrique, mais elle est malheureusement d'actualité. La déplorable affaire Thomson ne se terminera sans doute que vendredi soir et c'est dans notre prochain numéro seulement que nous pourrons dire les réflexions, tristes à coup sûr, qu'elle nous aura suggérées. Voici, en attendant, de quoi mettre en goût les amateurs de scandale.

Un officier de santé d'Amiens, M. Lenté, âgé de 32 ans, arrêté pour tentative de viol sur sa bonne âgée de 15 ans, a comparu mardi dernier devant le tribunal correctionnel qui l'a condamné à treize mois de prison et 16 francs d'amende.

Voici une autre histoire qui nous intéresse beaucoup moins directement et qui a l'avantage de nous montrer un triste et intéressant côté des mœurs anglaises. Nous l'empruntons au journal le *Temps*.

Le Dr Caddy, ancien médecin des services civils des colonies, demande le divorce contre Mme Caddy qu'il accuse d'ivrognerie habituelle et d'adultère avec un sieur Frédérick Rudder, officier de l'armée des Indes.

L'histoire de ce ménage, pleine de traits de mœurs bien britanniques, vient démontrer une fois de plus combien l'épouse peut ressembler peu à la fiancée. Au temps où il courtisait miss Florence Smith, fille d'un magistrat du Northumberland, le Dr admirait surtout en elle la parfaite régularité de son humeur, la sobriété de ses habitudes et la douceur de son caractère. En plein épanouissement de sa lune de miel, il eut le désagrément de découvrir que sa moitié s'adonnait éperdument aux spiritueux, qu'elle introduisait dans les conversations intimes de la vie conjugale des habitudes de langage à peine tolérées dans les bouges de Whitechapel, et que la moindre contradiction la poussait à saccager tout ce que la maison contenait de cristaux et de vaisselle.

Ce n'était pas ainsi qu'il avait compris les joies de la vie commune. Aussi pensa-t-il qu'un déplacement modifierait peut-être la situation: il demanda et obtint sa nomination de médecin civil à Cariacou, dans l'ouest de l'empire des Indes. Excellente intention, inspiration fâcheuse. Non seulement Mme Caddy ne renonça pas à sa passion pour les liqueurs fortes, mais elle y ajouta la manie des injections de morphine, et comme les spiritueux coûtaient beaucoup plus cher à Cariacou que dans la métropole, les finances du ménage s'en ressentirent péniblement. Des scènes quasi quotidiennes éclataient entre les époux, plus particulièrement lorsque monsieur, rentrant au logis, y trouvait madame étendue tout de son long sur le parquet, et ronflant comme un orgue de cathédrale. Une négresse, employée comme femme de chambre et comme cuisinière, fut pendant trois ans le témoin de ces incidents d'intérieur.

Le docteur se reprit à l'espérance lorsque sa femme donna le jour à une fille qui reçut le nom d'Irène; mais il s'aperçut bientôt que le bébé tenait énormément de sa tendre mère au point de vue de l'alimentation. Cette malheureuse enfant n'était pas âgée de six mois que son père la trouvait presque chaque soir ivre et puant l'alcool. La négresse lui expliqua à ce sujet que Mme Caddy avait l'habitude, lorsque l'enfant criait, de lui faire sucer pendant quelques minutes un linge trempé dans du gin pour l'endormir et la faire taire. Pour ceux qui jugeraient cette énormité invraisemblable, j'ajouterai que cette infamie est dans les mœurs de presque toutes les mères anglaises qui se livrent à la boisson. Personnellement, j'ai vu plus de cent fois, dans des public-houses de Londres, des femmes recourir à cet effroyable moyen d'obtenir le silence du bébé qu'elles bercent dans leurs bras. L'enfant crie, les clients se plaignent, le patron gronde et invite la mère à se retirer; alors celle-ci, pour éviter de quitter le débit de boissons, trempe le coin de son mouchoir dans un verre d'alcool et le donne à têter au petit jusqu'à ce qu'il se taise, rouge, suant, congestionné, abruti. On fait ainsi des alcooliques qui n'ont pas douze mois. Mme Caddy ne reculait pas devant ce procédé monstrueux.

Ce fut le dernier coup pour le docteur. Déjà les scandales de son foyer lui avaient valu des observations de ses supérieurs et menaçaient de ruiner sa position. Il se résolut à démissionner et à revenir en Europe, sans rien cacher à sa femme de ses intentions en vue d'un divorce. Ce fut à ce moment que Mme Caddy devint la maîtresse de l'officier Frédéric Rudder, qui ne paraîtra pas à l'audience parce qu'il est retenu aux Indes par son service, mais qui a adressé à la Cour une lettre contenant des dénégations formelles, dénégations contestées par des aveux écrits de Mme Caddy.

Les époux revinrent donc ensemble en Europe, emmenant avec eux la négresse Annie Hyacinthe dont le docteur comptait se faire un témoin à charge. Mais quelques jours avant l'arrivée du paquebot à Portsmouth, Mme Caddy eut avec sa camériste une conversation au cours de laquelle elle lui dit que, fille d'un magistrat anglais, elle avait le pouvoir de la faire emprisonner à perpétuité au cas d'une déposition défavorable devant la cour des divorces. Épou-

vantée, la jeune négresse jura à Mme Caddy qu'elle ne soufflerait mot de ses débordements, et elle signa sous la dictée de sa maîtresse une déclaration portant que Mme Caddy ne buvait que de l'eau ou du thé, n'employait jamais que des expressions purement académiques et devait être considérée comme le modèle des épouses et des mères. Mieux renseignée aujourd'hui sur le pouvoir des magistrats anglais et de leurs filles, la négresse a raconté devant la Cour les moyens employés par Mme Caddy pour lui arracher ce témoignage mensonger.

Quant à Mme Caddy, elle affirme aujourd'hui ne s'être jamais enivrée et n'avoir eu avec l'officier Rudder que des rapports purement amicaux. Elle n'aurait écrit l'aveu de cet adultère imaginaire que contrainte par la force et pour échapper aux violences dont la menaçait son mari. Son sollicitor nous assure que, depuis son retour en Europe, elle s'est fait inscrire parmi les membres de plusieurs associations de tempérance. Cette sobriété est contestée par tous ceux qui ont connu le ménage Caddy à Londres et aux Indes, comme par les domestiques du paquebot sur lequel les époux avaient pris passage pour rentrer en Angleterre et qui ont souvent surpris madame dans des états indescriptibles. D'autre part, des collègues du mari attestent l'alcoolisation de l'enfant.

Ce projet a déjà occupé plusieurs audiences de la Cour et ne sera guère terminé avant le milieu de cette semaine.

Comment l'on reconnaît les petits Chinois.

Pour reconnaître un petit Chinois, commencez par le déshabiller, tournez-le du côté pile et regardez avec soin le contraire de son visage; 99 fois sur 100, vous verrez imprimé sur son siège un sceau que la prévoyante nature à déposé là pour permettre de faire aisément la distinction avec la race blanche, à un âge où la coloration des téguments constitue un caractère différentiel insuffisant.

Tel est le curieux procédé que nous révèle le Dr J.-J. Matignon (1).

Il a examiné 1.500 enfants du Céleste-Empire, soit à la consultation de l'hôpital français du Nan-t'ang, soit dans diverses missions.

Et il en conclut que, jusqu'à 2 ans, 95 à 98 0/0 des enfants portent ces stigmates *à posteriori*; à partir de 4 ans, on ne les rencontre guère que chez 12 à 15 0/0; ils sont tout à fait exceptionnels à partir de 5 ans. Le sexe n'a aucune importance.

Il s'agit de taches présentant les caractères suivants :

Leur couleur est variable, tantôt grisâtre, tantôt noire ou bleuâtre, quelquefois quasi-ecchymotique. La coloration est presque toujours en rapport inverse de l'âge. Elles sont généralement beaucoup plus accusées chez les nouveau-nés que chez les enfants de 2 ou 3 ans.

La forme n'a également rien de fixe. Les taches sont cependant, en général, arrondies.

Leurs dimensions varient de celles d'une pièce de 20 centimes à la largeur de deux fois la paume de la main. Leur étendue diminue peu à peu avec l'âge. Certaines d'entre elles ont dû, dans les premiers mois, atteindre des proportions considérables, couvrir les deux fesses, la région lombaire. On voit parfois des placards assez noirs, contigus à d'autres plus gris, en voie de disparition, au milieu desquels quelques points plus colorés dessinent une mosaïque dont les marbrures varient de la dimension d'une pièce de 20 centimes à celle d'une pièce de 2 francs.

Ces taches ne *font pas relief sur la peau*; quelquefois, celles qui sont petites et très pigmentées semblent surélevées, comme des nævi. Mais ce relief est moins sensible au doigt qu'à l'œil.

Elles siègent à la région fessière. En première ligne, la partie supérieure du sillon interfessier, puis la partie externe de la fesse droite, la fesse gauche et quelquefois la région lombaire.

La sensibilité à leur niveau ne présente aucune altération.

Ces taches ne sont pas toujours très faciles à voir, soit à cause de la pâleur de leur teinte, soit du fait de l'épaisse couche de crasse qui recouvre la peau des enfants chinois. Un éclairage trop vif ne vaut souvent pas un demi-jour pour les bien distinguer. Un bon moyen, dans les cas douteux, consiste à presser la région soupçonnée avec la pulpe de l'index; la région comprimée s'anémie partiellement, devient blanche et permet au pigment de trancher sur cette dernière teinte par ses reflets jaune vert.

Ces taches disparaissent peu à peu, par résorption lente, comme une ecchymose. Ce serait comme un nævus qui rétrocéderait au bout de trois ou quatre ans.

Il n'y a aucun rapport entre ces taches occupant la région fessière et un accouchement par le siège.

M. Matignon conclut que ces taches peuvent être considérées comme des stigmates congénitaux et transitoires propres à la race chinoise et à la race japonaise, le Dr Grimm ayant publié des observations analogues chez les enfants japonais.

(*Journ. des conn. méd.*)

(1) J.-J. Matignon, *Stigmates congénitaux et transitoires chez les Chinois*, (Arch. clin. de Bordeaux, sept. 1896).

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 9 mars 1897 ont été promus :

Au grade d'officier. — M. Comme, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — M. Labadens, médecin de 1re classe de la marine. — M. le Dr Nègre, de Yokohama.

Distinctions universitaires. — Par arrêté ministériel, en date du 1er mars 1897, M. le Dr P. Pottier (de Paris) a été nommé officier de l'Instruction publique.

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies.

Médailles d'argent : M. le Dr Robert (de Guiscard); MM. Benoit, interne à l'hôpital Trousseau, et Weill, interne provisoire audit hôpital.

Médailles de bronze : M. le Dr Dessaux (de Tôtes) et M. Le Damany, interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 9 mars 1897, sont nommés :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Lepage, en remplacement de M. Laveran, retraité; maintenu à l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Mareschal, désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bourbon, maintenu au 114e d'infanterie. — Lévêque, maintenu au 100e d'infanterie. — Darré, maintenu au 147e d'infanterie. — Maupetit, maintenu au 77e d'infanterie. — Blanchetière, médecin-major de première classe en non-activité pour infirmités temporaires, désigné pour le 163e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Patte, maintenu à son poste de surveillant à l'École du service de santé militaire, à Lyon. — Lanusse-Croussé, maintenu à l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye. — Dormand, maintenu au 133e d'infanterie, à Belley. — Chabrut, maintenu au 36e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 10 mars 1897 :

M. le médecin principal de première classe Tachard est nommé directeur du service de santé du 11e corps d'armée.

M. le médecin principal de première classe Delorme est désigné pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire du camp de Châlons.

M. le médecin principal de deuxième classe Corties, pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire de Toulouse.

MM. les médecins-majors de première classe Carayon, pour l'hôpital militaire de Rennes; Billot, pour l'hôpital militaire Saint-Martin; Gazin, pour le 61e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de Tastes, pour le 92e d'infanterie; Baret, pour le 9e hussards; Vigelin, pour la direction du service de santé du 19e corps d'armée; Pruniéras, pour le 6e chasseurs d'Afrique; Donnadieu, pour le 143e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe, Le Mitouard, pour le 129e d'infanterie; Mac-Auliffe, pour le 46e d'infanterie; Guichemerre, pour le 11e d'infanterie.

— Par décret, en date du 7 mars 1897, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Bienvenue et Grosse.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Lorin.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les Drs de Bonnescuelles, d'Orgères, Legrand, Bertrand, Blondeau, Hugues, Serullaz, Souillart, Grandou, Jeannin, Brée, Davin, Pannier, Galibert, Dufilh, Laisney, Pillon, Fragnand, Boel, Caillaud, Mahé, Bodin (E.-M.), Bodin (L.-G.), Touillon, Bourdier, Houssay, Fieux, Fossati, Sassier, Houdinet, Tahier, Champenois, Chassy, Félix Cogrel, Lecœuvre, Roche, Castets, Blazy, Cahuzac, Guilpin, Bourg, Latour, Hardouin, Faney, Virely, Combret, Flammarion, Helle, Defaux, Castaing, Bertrand, Allard, Gauchet, Darteyre, Herlemont, Guichard, Jacquemet, Malzac, Barreyre, Gramboulan, Seeligman, Clavaud-Ribourgeon, Bernard, Sterne, Lecomte, Nevejan, Lefebvre, Gamblin et Hanus.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les Drs Ladroitte, Villard, Gourrier, Schwartz, Tousten, Cossin, Paillotte, Mugniery, Chobaut, Dufournier, Barre, Bitot, Thibaud, Manificat, Delavalle, Boix, Claverie, Damaye, Rochon-Duvigneaud, Gazel, Madon et Lebon.

Conseil municipal de Paris. — M. G. Girou a soumis au Conseil municipal de Paris, dans la séance du vendredi 19 mars, la proposition suivante :

« Le Conseil, considérant l'état de délabrement et l'insuffisance de l'hôpital Broussais, créé à titre provisoire en 1883 pour y soigner les cholériques;

« Considérant que le service des bains est insuffisant à assurer, non seulement le traitement, mais la propreté des malades;

« Considérant, d'autre part, les dangers qui résultent, en particulier pour les malades du service de chirurgie, de l'infection des bâtiments facilitée par la nature défectueuse des matériaux;

« Invite M. le directeur de l'Assistance publique à faire procéder à la reconstruction totale de l'hôpital Broussais, à faire établir immédiatement un plan général et à commencer aussitôt la construction d'un premier pavillon affecté à la chirurgie. »

M. Fourest a déposé la proposition suivante dont il a demandé le renvoi et l'étude immédiate à la 5e Commission :

« Le Conseil considérant, d'une part, que les médecins du bureau de bienfaisance ne sont pas obligés, par les règlements de l'Assistance publique, de visiter les malades indigents et nécessiteux après 5 heures de l'après-midi;

« Considérant, d'autre part, que le service médical de nuit dont peuvent user gratuitement les indigents et nécessiteux ne commence qu'à 10 heures du soir;

« Considérant qu'il y a là un certain temps pendant lequel ces malades ne peuvent recevoir les soins médicaux urgents que demandent leur état;

« Considérant qu'il importe de remédier au plus vite à cette lacune extrêmement regrettable.

« Délibère :

« La 5e Commission et l'Administration sont invitées à étudier l'organisation d'un service médical gratuit pour les indigents et nécessiteux entre 5 et 10 heures du soir. »

M. Faillet a demandé la création d'un atelier de photographie à l'hôpital St-Louis.

Voici enfin une très importante proposition de M. Paul Strauss :

« Malgré le progrès réalisé en ces dernières années, le traitement intérieur et extérieur des maladies spéciales dans les hôpitaux laisse beaucoup à désirer. L'outillage hospitalier est loin de répondre aux besoins modernes, qui tendent à faire une place de plus en plus considérable à la spécialisation des maladies.

« Au point de vue du traitement à l'intérieur des hôpitaux, sans parler des maladies de la peau et similaires, en dehors de l'isolement pratiqué ou projeté pour certaines affections épidémiques ou contagieuses, il n'existe dans les services de médecine et de chirurgie d'adultes que 131 lits affectés au traitement des maladies des voies urinaires, 119 réservés aux maladies des yeux, 37 d'ovariotomie, 78 de maladies nerveuses.

« Il n'y a pas de service spécial « interne » pour les maladies du larynx, du nez, des oreilles.

« Pour les maladies des yeux, le nombre de lits est de :

« Hôtel-Dieu, 58 lits.

« Lariboisière, 20 lits.

« Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, 110 lits.

« Il convient d'observer que la Clinique nationale des Quinze-Vingts hospitalise des malades venus de tous les points de la France et que la moitié seulement de ces lits rentre dans les disponibilités parisiennes, soit en tout 133 lits pour recevoir les indigents ophtalmiques d'une population de 3,300,000 habitants (Paris et la banlieue). Ces 133 lits doivent suffire aux besoins d'une clientèle qui est annuellement pour les divers établissements de : 5,000 nouveaux consultants inscrits par an à l'Hôtel-Dieu, 3,000 à l'hôpital Lariboisière, 15,000 aux Quinze-Vingts ; ces 23,000 malades nouveaux paraissent représenter la moitié des personnes qui, dans une année, demandent à Paris des soins ophtalmologiques gratuits, si l'on en juge par la clientèle apparente des 27 cliniques libres des maladies d'yeux.

« Il est permis d'estimer à 50 ou 60,000 le nombre annuel des maladies d'yeux pour lesquelles l'Assistance publique et la Clinique des Quinze-Vingts disposent uniquement de 133 lits ; cette insuffisance a déterminé l'habitude de ne recevoir à l'hôpital que les cas opérables, les cataractes par exemple, tandis que l'établissement hospitalier repousse les malades dont la guérison réclame un long traitement, et qui, laissés à eux-mêmes ou réduits aux soins intermittents de la consultation, deviennent aveugles et tombent définitivement à la charge de l'Assistance publique.

« Non seulement les lits d'yeux sont insuffisants, mais encore mal répartis ; le sud et l'ouest de Paris ne sont pas desservis. En outre, les services actuels d'yeux de Lariboisière et de l'Hôtel-Dieu, soumis à la règle commune, ne peuvent régulièrement recevoir des jeunes malades âgés de moins de seize ans.

« Nous croyons indispensable de créer dans les hôpitaux des services spéciaux pour les maladies du larynx, du nez, des oreilles, d'augmenter le nombre des services de maladies d'yeux (d'au moins d'eux), d'instituer un recrutement spécial d'oculistes des hôpitaux.

II. — « Les spécialités ont une part plus importante dans les consultations externes des hôpitaux. Non seulement les services spéciaux de Saint-Louis, Ricord, Broca, la Salpêtrière (en laissant de côté les services d'accouchements et d'enfants malades, les deux services spéciaux des yeux de l'Hôtel-Dieu et de Lariboisière ont leurs consultations distinctes, non-seulement il existe des consultations pour les dents, mais encore un petit nombre de chefs de service ont justement obtenu, en raison de leurs services rendus et de leur compétence spéciale, l'autorisation de donner des consultations de spécialités pour les goîtres, les maladies du système nerveux, de la peau, etc.

« Ces consultations spéciales sont d'ailleurs facultatives et pour ainsi dire provisoires, puisqu'elles peuvent disparaître avec le médecin consultant, soit que celui-ci change d'hôpital, soit qu'il soit mis à la retraite ; elles n'ont rien de stable ni de définitif. Telle région de Paris peut en être privée, suivant que le roulement amène le départ de ces consultants spécialistes de bonne volonté.

« En outre, ces consultations, d'établissement précaire, ne répondent pas à tous les besoins ; elles ne sont suffisantes ni par leur organisation ni par leur nombre.

« Nous croyons que, sans porter atteinte aux préférences du corps médical des hôpitaux et sans diminuer pour autant la spécialisation facultative de bonne volonté, il convient d'organiser rationnellement, méthodiquement, en tenant compte de la situation topographique des établissements et des besoins présumés de la clientèle hospitalière, des consultations pour les maladies des yeux, du larynx, du nez, des oreilles, de gynécologie, de la peau, du système nerveux, etc.

« III. — L'Assistance publique, en conformité du règlement nouveau sur les secours à domicile, prépare en ce moment la création de « dispensaires » dans chaque arrondissement pour les malades indigents ou nécessiteux.

« Ces dispensaires, pour rendre tous les services qu'on en attend, doivent également donner place aux spécialités essentielles, c'est-à-dire aux maladies « des yeux » et « des dents » pour les adultes ; ils devront comporter une consultation de nourrissons avec pesée hebdomadaire et distribution de lait stérilisé aux mères indigentes.

« Ces différentes mesures, très faciles à appliquer, seront très bienfaisantes et très utiles; elles feront honneur à l'Assistance publique et au Conseil municipal. »

M. le Dr Dubois a fait un rapport sur une demande de M. le Dr Variot à l'effet d'installer un laboratoire de radiographie à l'hôpital Trousseau. La médecine infantile a tout à gagner à la création d'un laboratoire de ce genre, pour permettre de poursuivre des recherches directement utiles aux enfants.

L'hôpital Trousseau doit être désaffecté, il est vrai, dans quelques années. Mais le matériel du nouveau laboratoire sera transporté sans difficulté et sans inconvénient dans l'un des hôpitaux dispensaires destinés à remplacer l'hôpital Trousseau.

M. Dubois propose de voter une somme de 3,000 francs pour les frais d'installation, et une somme de 2.000 francs nécessaire pour assurer l'entretien du matériel et le fonctionnement du laboratoire de radiographie. Ce laboratoire, annexé au service hospitalier de M. le Dr Variot, servira à l'exploration spéciale des enfants hospitalisés dans les services de médecine et de chirurgie de l'hôpital Trousseau.

Ces conclusions sont adoptées.

M. Dubois a fait une autre proposition que voici : Le syndicat des médecins de la Seine, mû par un sentiment qui lui fait le plus grand honneur, a proposé au Conseil municipal d'affecter les locaux de l'ancienne Faculté de médecine, l'amphithéâtre de Winslow et la salle des Chartreux à l'installation d'un musée de médecine et de chirurgie.

Nous croyons qu'il est possible d'aménager ces locaux de façon à en faire, en outre, le centre d'une vie plus active, d'y installer, au nom de la ville de Paris, un des services appelés à rendre les plus grands services à la science : le Laboratoire municipal de bactériologie, et de faire de ce laboratoire un milieu d'étude et d'enseignement.

Ce sera le meilleur moyen de rendre hommage à la science nouvelle, qui fait chaque jour des merveilles, et de manifester notre admiration et notre reconnaissance pour ceux qui ont été les illustres précurseurs de ce progrès scientifique.

Nous déposons donc la proposition suivante :

« La 4e commission et l'administration sont invitées à étudier les voies et moyens d'aménager le Laboratoire de bactériologie de la ville de Paris dans les locaux de l'ancienne Faculté de médecine.

« *Signé* : Dubois, André Lefèvre. »

Renvoyée à la 4e commission et à l'administration.

L'assistance à Paris. — Pour se conformer à la délibération prise le 14 décembre dernier par le Conseil municipal, qui invitait l'administration et la 5e commission à lui soumettre à bref délai le programme minimum des dépenses indispensables de premier établissement pour les institutions d'assistance, M. Peyron a soumis au préfet de la Seine, particulièrement soucieux de la situation lamentable de ces établissements, un rapport très complet sur les besoins et les ressources de l'Assistance publique à Paris.

Nous aurons à revenir sur l'intéressant exposé que fait l'éminent directeur de l'Assistance publique de l'insuffisance du nombre de lits dans les hôpitaux généraux et dans les hospices. Nous nous bornerons pour aujourd'hui à faire connaître le chiffre des demandes de placement de vieillards et d'infirmes que la commission n'a pas eu le temps d'examiner. Au 1er janvier 1897 les demandes non classées s'élevaient au chiffre de 8.279 sur 12 916 demandes!

M. Peyron estime que pour porter remède à cette situation, une dépense totale de 52.909.600 francs est nécessaire; elle se répartirait ainsi :

Hôpitaux	10.352.600 fr.
Hospices	6.560.000 »
Enfants	7.519.000 »
Tuberculose	6.986.000 »
Grosses réparations, transformations, reconstructions	21.492.000 »

Les ressources dont dispose l'Assistance publique s'élèvent à 16 millions environ; c'est donc une somme de 37.000 millions qu'il faut trouver.

Quel que soit l'allègement apporté par les subventions de l'État ou du pari mutuel, dit M. Peyron, la plus grosse part des sacrifices incombera toujours à la ville de Paris. Le préfet de la Seine est certain que le concours du Conseil ne lui fera pas défaut.

Laboratoires des Facultés et Ecoles de médecine. — Le ministre de l'Intérieur a attiré l'attention de son collègue de l'Instruction publique sur un vœu tendant à ce que les laboratoires des Facultés des sciences et des Ecoles de médecine puissent prêter leur concours aux travaux des conseils d'hygiène des départements pour les analyses chimiques et bactériologiques. Il vient d'adresser aux préfets une circulaire les invitant à faire connaître aux municipalités que lorsqu'elles auront à instruire des projets d'amenée d'eau, elles pourront pour l'analyse des eaux qu'elles se proposeraient d'utiliser, s'adresser aux laboratoires des Facultés des sciences et des Ecoles de médecine.

Madagascar. — L'Ecole de médecine et l'hôpital malgache de Tananarive ont été inaugurés le 6 février sous la présidence du résident général, le général Galliéni.

L'hôpital contient dès à présent 80 places, dont 50 réservées aux femmes et 30 aux hommes.

Les cours de l'Ecole de médecine sont répartis en cinq années; des examens passés à la fin de la cinquième année confèreront le titre de docteur.

Société obstétricale de France. — La session annuelle aura lieu les jeudi, vendredi et samedi de la semaine de Pâques, 22, 23 et 24 avril 1897, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

La « séance d'affaires » est fixée au jeudi 22 avril, neuf heures du matin; cette séance devant être de courte durée, les communications commenceront aussitôt après.

Conformément à l'article 8 du règlement, toutes les demandes de communication doivent être faites *au moins un mois* avant l'ouverture de la Session.

Les deux questions mises à l'étude sont : 1° De l'avortement habituel. 2° Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement.

Toute demande d'inscription pour une communication et toute demande de renseignements doit être adressée à M. le Dr Crouzat, secrétaire général, rue du Sénéchal, 9, Toulouse, ou à M. le Dr Demelin, rue des Halles 30, Paris.

Société médicale du Louvre. — L'ancienne Société médicale du 1er arrondissement, comprenant des médecins des Ier et IIe arrondissements, s'appellera désormais : *Société médicale du Louvre (Ier et IIe arrondissements).* — Adresser les lettres de candidatures et les demandes de communications au secrétaire général, le Dr Sebillotte.

Société française de tempérance. — La séance solennelle de distribution des récompenses de la Ligue Nationale contre l'Alcoolisme aura lieu le dimanche 28 mars, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le Dr A. Motet, membre de l'Académie de Médecine, dans la salle des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Société française d'hygiène. — Concours de 1896. — Dans la séance du 12 février, M. le Secrétaire perpétuel a donné les noms des lauréats : liste dressée par la Commission des prix dans sa séance plénière du 9 février.

Médailles de vermeil (ex æquo) : M. G. Baudran, pharmacien à Beauvais (Oise), déjà lauréat de la Société aux concours de 1894 et 1895; M. le Dr Alexandre Faidherbe, à Roubaix (Nord).

Médaille d'argent (ex æquo) : M. le Dr Coindreau, médecin-major au 93e régiment d'infanterie, à la Roche-sur-Yon (Vendée), déjà lauréat du concours de 1892; M. le Dr Bignami, à Alfaniello, prov. de Brescia (Italie).

Médailles de bronze : M. le Dr Foveau de Courmelles, de Paris; M. Reverchon, instituteur à Autoreille (Haute-Saône), déjà lauréat du concours de 1890; M. le Dr Bauzon, de Chalon-sur-Saône, déjà lauréat du concours de 1883; M. le Dr Haan, au Havre (Seine-Inférieure).

Les patentes des dispensaires et cliniques. — La Commission parlementaire de la réforme des patentes a adopté une proposition de M. Berry, exemptant de la patente les dispensaires et cliniques où les soins sont donnés gratuitement.

Journaux de médecine. — Nous recevons les premiers numéros d'un journal mensuel, la *Radiographie*, publié par le Dr Paulin Méry, député de la Seine.

Compagnie P.-L.-M. — *Excursion des vacances de Pâques en Italie*, organisée avec le concours de l'agence des « Voyages économiques ». Départ de Paris, le 11 avril 1897; retour à Paris, le 24 avril 1897. Itinéraire : Paris, Gênes, Rome (Naples, Capri, Sorrente, Pompéi, Le Vésuve (facultatif), Pise, Florence, Turin, Paris.

Prix : 1re classe, 475 francs; 2e classe, 400 francs. Prix de l'excursion facultative à Naples : 1re classe, 130 francs; 2e classe, 117 fr. 50. Ces prix comprennent : les billets de chemins de fer; le transport en bateaux et en voitures, le logement, la nourriture, etc... sous la responsabilité de l'agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 17, rue du faubourg Montmartre et 10, rue Auber, Paris.

Compagnie P.-L.-M. — *Semaine Sainte à Rome.* Train à prix réduits de Paris à Rome, donnant droit, au retour, à

cinq arrêts au choix permettant de visiter les villes suivantes : Turin, Gênes, Plaisance, Bologne, Pise et Florence. Prix du voyage (aller et retour) : 100 francs en 2e classe ; 65 francs en 3e classe.

Aller. — Départ de Paris, le 12 avril à 2 h. 25 soir ; arrivée à Rome, le 14 avril, à 9 h. 17 matin. — Retour au gré des voyageurs, dans un délai de trois semaines, par tous les temps ordinaires (y compris les express) et comportant des voitures de la classe du billet.

On pourra se procurer des billets pour ce train, à dater du 10 mars : à la gare de Paris, 20, boulevard Diderot ; dans les bureaux-succursales de la Compagnie ; au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (General Ticket Office) ; à l'agence Cook et fils, 1, place de l'Opéra ; à l'agence Gaze et fils, 2, rue Scribe ; à l'agence Lubin, 36, boulevard Haussmann ; à l'agence des Wagons Lits, 3, place de l'Opéra et Grand-Hôtel, boulevard des Capucines ; à la Société française des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont ; à l'agence des Voyages économiques, 10, rue Auber et 17, faubourg Montmartre.

Toutes les gares et stations de la Compagnie du Nord délivreront également, à partir de la même date, des billets pour ce train de plaisir.

Nota. — Les voyageurs qui désireront visiter Naples pourront se procurer à Rome des billets d'aller et retour à prix réduits moyennant :

40 fr. 20 en 1re classe ; 28 fr. 15 en 2e classe ; 17 fr. 70 en 3e classe.

Nécrologie. — Le Dr Bossu (Antonin), ancien directeur de *L'Abeille Médicale*, décédé à l'âge de 89 ans. — M. Pascal, médecin à Fos (Bouches-du-Rhône), reçu en 1836. — Le Dr Anne (Ch.), de Montchauvet (Calvados), reçu en 1880. — Le Dr de Bossy, qui était depuis longtemps le doyen des médecins de la Seine-Inférieure, pour ne pas dire le doyen du corps médical français tout entier, s'est éteint doucement samedi au Havre. Il allait accomplir sa cent quatrième année. M. de Bossy était né à Paris le 2 avril 1793 ; emmené tout jeune en Angleterre, il y fit ses études médicales, et, dès qu'il eut obtenu son diplôme, partit pour les Indes. Pendant dix ans il exerça la médecine à Calcutta, puis passa à l'île de France, où il fut nommé médecin en chef de l'hôpital, et enfin s'établit à l'île Bourbon. En 1813, il revint en France et se fit recevoir docteur à la Faculté de Montpellier. Bientôt après il se fixa au Havre, qu'il ne devait plus quitter. Il y a quatre ans, ses confrères organisèrent, pour fêter la centième année de leur doyen, une manifestation à laquelle toute la population s'associa. Jusqu'aux derniers jours, le Dr de Bossy faisait régulièrement ses visites aux malades et donnait des consultations. — Le Dr Morvan, de Lannilis, ancien député républicain du Finistère, correspondant de l'Académie de médecine, vient de mourir à l'âge de 78 ans. Ce très distingué confrère était très connu par de nombreux travaux et en particulier par sa description du panaris analgésique ou maladie du Morvan. — Le Dr Fodéré, médecin honoraire du Bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 81 ans. — Le Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, décédé le 24 mars, à l'âge de 61 ans.

La mortalité à Paris. — Pendant la onzième semaine, du 14 au 20 mars 1897, le service de la statistique a compté 957 décès, chiffre identique à celui de la semaine dernière 963, au lieu de la moyenne 1.006.

Les maladies épidémiques sont moins rares (49 au lieu de 38 et de la moyenne 71), la fièvre typhoïde a causé 5 décès au lieu de 3 et de la moyenne 19 ; la scarlatine 2 au lieu de 1 et de la moyenne 3, la rougeole 21 au lieu de 14 et de la moyenne 17, la coqueluche 11 au lieu de 4 et de la moyenne 10, la diphtérie 8 au lieu de 12 et de la moyenne 24.

Il n'y a eu de décès ni par influenza, ni par typhus.

On a signalé 2 décès par variole.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 27 décès au-dessous de 1 an au lieu de la moyenne 35.

En outre 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 170 décès (au lieu de 151 pendant la semaine précédente et au lieu de 191, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 25 décès (au lieu de la moyenne 28) ; bronchite chronique, 28 décès (au lieu de la moyenne 46) ; broncho-pneumonie, 50 décès (au lieu de la moyenne 50) ; pneumonie, 44 décès (au lieu de la moyenne 67). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 41 décès, dont 28 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 200 décès au lieu de la moyenne 217 ; la méningite tuberculeuse, 26 décès ; la méningite simple, 26 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 22 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 56 décès, et les maladies organiques du cœur, 67 ; le cancer a fait périr 45 personnes. Enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 22 suicides et 9 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 398 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.116 enfants vivants (571 garçons et 545 filles), dont 801 légitimes et 315 illégitimes. Parmi ces derniers, 59 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 370 enfants, dont 15 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 93 seront nourris au sein et 277 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 94 mort-nés (dont 60 légitimes et 34 illégitimes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur les causes des mouvements du cœur, sur son innervation et son indépendance motrice, par le Dr Léon Germe, ancien professeur à l'Ecole de médecine d'Arras, membre correspondant de la Société de médecine de Paris. 1 volume in-8° avec 14 planches hors texte. — Prix : 7 francs, Masson et Cie, éditeurs.

Les récréations d'un praticien, par le Dr H. Pauthier, de Senlis. 1 volume in-18 de 150 pages. — Prix : 2 francs. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*